

En/Na \_\_\_\_\_ com a pare/mare/tutor/tutora  
legal de l'alumne/a \_\_\_\_\_

Demana que se li subministri el següent medicament (segons prescripció facultativa  
adjunta):

Nom del medicament: \_\_\_\_\_

Quantitat: \_\_\_\_\_

Hora/hores \_\_\_\_\_

Dies: \_\_\_\_\_

Signatura del responsable:

Santa Coloma de Farners, a \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20

**LA FAMÍLIA EXHIMEIX DE QUALSEVOL RESPONSABILITAT DERIVADA DE  
L'ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS A L'ESCOLA**